UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946. — N° 51

APERÇU MÉDICAL SUR LES TECHNIQUES ET LES RÉSULTATS DE L'INCORPORATION RÉCENTE DES MARINS DANS LA ZONE CÔTIÈRE DE CANCALE A BAYONNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 11 mars 1946

PAR

Jean-Marie-Georges-Lucien LASCÈVE

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine

Né à LIGNY-EN-BARROIS (Meuse), le 6 Juin 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. CREYX, professeur ..... *Président.*
BONNIN, professeur .....
FABRE, professeur ..... *Juges.*
SARIC, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1946

Georges-Lucien).

LASCÈVE (Jean-Marie-

Aperçu médical sur les techniques et les résultats de l'incorporation récente des marins dans la zone côtière de Cancale à Bayonne. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 58 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 51.*)

LASCÈVE (Jean-Marie-Georges-Lucien).

Aperçu médical sur les techniques et les résultats de l'incorporation récente des marins dans la zone côtière de Cancale à Bayonne. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 58 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 51.*)

LASCÈVE (Jean-Marie-Georges-Lucien).

Aperçu médical sur les techniques et les résultats de l'incorporation récente des marins dans la zone côtière de Cancale à Bayonne. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 58 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 51.*)

LASCÈVE (Jean-Marie-Georges-Lucien).

Aperçu médical sur les techniques et les résultats de l'incorporation récente des marins dans la zone côtière de Cancale à Bayonne. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 58 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux.*

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946. — N° 51

APERÇU MÉDICAL SUR LES TECHNIQUES ET LES RÉSULTATS DE L'INCORPORATION RÉCENTE DES MARINS DANS LA ZONE COTIÈRE DE CANCALE A BAYONNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 11 mars 1946

PAR

Jean-Marie-Georges-Lucien LASCÈVE

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine

Né à LIGNY-EN-BARROIS (Meuse), le 6 Juin 1920

Examinateurs de la Thèse :

MM. CREYX, professeur ..... *Président.*
BONNIN, professeur .....
FABRE, professeur ..... *Juges.*
SARIC, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT.
ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurg. et gynécol.	N.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.
Hygiène	N...
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine expérimentale	N.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Physique méd. et pharmaceutique.	N.
Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.

PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	N.
id.	N.
id.	BROUSTET.
id.	N.
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
Chirurgie générale	N.
id.	MASSÉ.
id.	N.
id.	MAGENDIE.

	MM.
Chirurgie générale	POUYANNE.
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	N.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	MAHON.
Puériculture	FAUGÈRE.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N.
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.

	MM.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR.
Pathologie chirurgicale	J. CHAVANNAZ.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MON CAMARADE PARDÉ

TUÉ AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE MÉDECIN DE 1re CLASSE LE ROY

L'instigateur de ce travail. Qu'il me soit permis de le remercier pour ses documents et pour ses précieux conseils.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1re CLASSE GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE BOURRET

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur du Nichan-Iftikhar,
Officier du Ouissan-Allaouit.

A NOS JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CREYX

Professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologique,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous le remercions d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Ses précieux conseils nous ont permis de donner la forme définitive de ce travail.

APERÇU MÉDICAL SUR LES TECHNIQUES ET LES RÉSULTATS

DE

L'INCORPORATION RÉCENTE DES MARINS

DANS LA ZONE COTIÈRE DE CANCALE A BAYONNE

INTRODUCTION

La campagne de 1944-1945 nous a mené successivement du front de La Rochelle à celui de Lorraine, pour terminer au 3e Dépôt des Equipages de la Flotte de Lorient, replié à Vannes. Sous l'autorité ferme et bienveillante à la fois du Capitaine de frégate Fleury, secondé, dans le domaine médical, par le Médecin de 1re classe Le Roy, nous avons participé à l'incorporation de 2.530 recrues, marins pêcheurs ou marins du commerce, appartenant aux classes 1940-1941-1942-1943.

L'inégalité des qualités physiques des marins n'avait pas autrement attiré notre attention, jusqu'au jour où nous avons été surpris de recevoir un convoi de jeunes recrues, issu de la même région, présentant des tares importantes.

Le Docteur Le Roy nous a suggéré l'idée de dresser un bilan médical des incorporés, en y faisant rentrer tous les éléments médicaux et paramédicaux relevés au cours de la visite.

Nous avons établi des statistiques, dont un simple coup d'œil général montre que l'idée, dont nous avons tiré l'inspiration de ce travail, était prématurée. Les résultats, que nous espérions lumineux d'enseignement, se fondent en une

moyenne sans relief, qui réduit considérablement nos conclusions. Nous avons été dupe de la loi des séries.

Mais il n'en reste pas moins qu'un examen minutieux des tableaux statistiques confirme ou révèle de curieux résultats que nous avons portés sur des graphiques dans quelques cas ou que nous avons interprétés le plus souvent.

I

RAPPEL HISTORIQUE

Une des définitions de la Marine de guerre est donnée par le rôle qui lui est dévolu. Elle assure la protection des côtes, intercepte les tentatives de débarquement. Mais surtout elle permet au trafic commercial de se développer, en toute sécurité, avec les colonies ou avec les autres pays alliés.

Le recrutement logique de son personnel se fait dans le milieu maritime.

Or, le système de recrutement a varié au cours des siècles.

Au XVI^e^ et au XVII^e^ siècle, c'était le système de la « presse », enrôlement forcé des marins qui prenait l'allure d'une chasse à l'homme.

En 1549, Léone Strozzi, amiral florentin au service de la France, fait une tentative d'organisation, sans lendemain, car il est envoyé en exil à Malte.

En 1641, Richelieu essaie une ordonnance de réglementation du recrutement. Sa mort en annule tous les effets. Son successeur, Mazarin, moins prescient du rôle de la Marine, ne s'intéresse pas au problème.

C'est seulement en 1665, sous l'impulsion énergique de Colbert, qu'une ébauche d'organisation maritime est tentée. L'ordonnance du 17 décembre 1665 prévoit le recrutement des marins du Poitou, de l'Aunis et de la Saintonge suivant le « régime des classes » : répartition en trois classes, dont l'une est au service du Roi et les deux autres en disponibilité; création de « commissaires aux classes », qui sont les ancêtres des administrateurs actuels. Le système fonctionne bien.

En 1681, Colbert modifie la présente ordonnance et fixe la charte définitive des marins français. Il crée un certain nombre de mesures qui offrent des compensations aux marins enrôlés : le Roi s'occupe des familles des enrôlés; les invalides sont soignés dans les hôpitaux du Royaume; une retraite récompense les mérites rendus. Une Caisse des invalides de la marine est créée, qui existe encore.

A la Révolution, la loi du 3 brumaire an IV modifie, dans la forme, le système précédent : création de l'Inscription maritime. Les marins sont répartis en quatre classes : célibataires, veufs sans enfant, mariés sans enfant, pères de famille. Les limites d'âge pour le recrutement vont de 18 à 50 ans.

Une ordonnance du 30 septembre 1860 modifie la loi précédente sur la limite d'âge. Les marins sont appelés de 18 à 24 ans. Après 24 ans, ils sont versés dans la réserve.

L'organisation actuelle est réglée par les lois du 24 décembre 1896, du 13 décembre 1932 et du 23 octobre 1940.

Schéma de l'organisation maritime en France.

L'organisme central est à Paris.

La France est divisée en *circonscriptions maritimes*, avec un Directeur à leur tête. Chaque circonscription comporte un certain nombre de *quartiers* (qui sont à la base de notre travail au point de vue classification géographique des incorporés). A la tête des quartiers se trouvent les administrateurs. La limite des quartiers est bien fixée par la côte, mais peu nette à l'intérieur des terres : en général, on retient les accidents géographiques (rivière, petite baie) ou les limites départementales.

Le quartier peut se subdiviser, suivant son importance, en :

— préposats : dont le rôle est identique à celui des quartiers;

— syndicats : rôle identique aux précédents, sauf les soldes;

— *garderies* : échelon le plus bas, constant, alors que les deux précédents peuvent ne pas exister. Le garde maritime, qui en est le fonctionnaire, a un rôle de surveillance de la navigation, s'occupe des pensions d'inscrits et de la caisse de prévoyance (analogue à la caisse des assurances sociales).

Schéma de la vie maritime des inscrits.

L'inscrit maritime est classé dans trois catégories, suivant son âge et son temps de navigation.

1° *Inscrit provisoire : I. P.*

— Mousse à 14 ans; novice à 16 ans; I. P. à tout âge.
— Existence, pour chacun, d'un matricule I. P.
— Durée de ce stade : 18 mois de navigation.
— *Rôle du médecin de quartier* qui ouvre un dossier médical très succinct et classe le nouveau venu : *apte ou inapte à la navigation.*

2° *Inscrit définitif : I. D.*

— Après 18 mois de navigation comme I. P. et après 18 ans d'âge.
— Matricule I. D. différent du matricule I. P.
— *Rôle du médecin de quartier* : le dossier médical est complété. L'I. D. est classé : *apte ou inapte au service armé.*
— C'est la période d'obligation militaire pour l'inscrit.
— Durée : 28 ans après l'entrée au service militaire.

3° *Inscrit hors service : H. S.*

— 28 ans, comme I. D., après le service militaire.
— Matricule H. S. différent du matricule I. D.
— Dégagé de toute obligation militaire.

— Petite retraite après 300 mois de navigation et 50 ans : en général, le marin retraité continue à naviguer sur une plate ou sur un pointre qui lui est personnel, la retraite étant insuffisante pour le faire vivre.

— *Rôle du médecin de quartier :* mise à jour du dossier médical grâce à des visites périodiques dans les garderies; rôle de dépistage.

Schéma de l'organisation médicale.

— L'assistance médicale a été créée par Colbert.

— Jusqu'aux environs de 1942, le recrutement des médecins des gens de mer était civil : médecins agréés.

— Depuis 1942, c'est, dans le principe, un médecin de marine qui est affecté au quartier. En fait, cette substitution n'a pu être réalisée qu'en très peu d'endroits. L'organisation est donc actuellement mixte :

— médecins civils agréés, d'une part, par les quartiers;

— médecins de marine d'autre part.

— Le rôle des médecins de quartier.

Nous le rappelons brièvement :

— Ouverture d'une fiche médicale qui reste au quartier;

— Classification pour l'aptitude à la navigation (chez l'I. P.);

— Classification pour l'aptitude au service armé (chez l'I. D.);

— Mise à jour de la fiche sanitaire par des visites périodiques dans les garderies : rôle de dépistage.

En somme, ce rôle est essentiellement de contrôle et de

dépistage. Le médecin des gens de mer n'est qu'exceptionnellement (médecins civils agréés) le médecin traitant.

Au point de vue médical, la période du service militaire est un épiphénomène dans la vie du marin. Au moment de l'incorporation de l'inscrit, seuls les résultats concernant son aptitude au service armé sont transmis à l'organisme militaire : le passé médical de l'inscrit reste ignoré du médecin d'incorporation. Au moment de sa démobilisation, l'inscrit est rendu à la vie civile, sans aucun document sanitaire : le médecin de quartier ignore les maladies, les accidents et les blessures contractés en service. Il ne peut s'en référer qu'aux déclarations plus ou moins fantaisistes de l'intéressé. Ceci nous amène à souligner l'importance de cette dissociation médicale entre Marine du commerce et Marine de guerre. Il y a là une asynergie regrettable, préjudiciable aux deux organismes et à l'intéressé.

Un pas dans la collaboration étroite qui devrait exister entre médecins des gens de mer et médecins d'incorporation serait fait si, d'une part, le dossier médical de l'inscrit le suivait au dépôt des équipages et si, d'autre part, le livret médical militaire de l'intéressé, plus détaillé, plus complet, était déposé, lors de sa démobilisation, à l'infirmerie du quartier.

Nous avons sous les yeux deux exemples précis de cette synergie opérante. Le Docteur Le Roy, qui est l'inspirateur de cette remarque, a cumulé pendant plus d'un an, faute de personnel, les deux lourdes charges de médecin des gens de mer dans les quartiers de Vannes et d'Auray et de médecin d'incorporation au 3e Dépôt des Equipages de Lorient (replié à Vannes). Ce double poste lui permettait d'observer facilement les lacunes du système : ce sont les résultats de ses constatations que nous avons transcrits ici.

Le premier exemple est celui d'un officier des équipages en voie de démobilisation, capitaine au long cours dans la Marine marchande. Le Docteur Le Roy l'examine (comme il en va de tout démobilisé) à titre militaire, découvre une bron-

chite suspecte d'un sommet. La radiographie à Vannes est à l'arrêt à ce moment-là. Au titre de médecin des gens de mer, le Docteur Le Roy lui ouvre, en même temps, une fiche d'aptitude à la navigation et demande au quartier d'origine de l'intéressé un examen radiologique. La réponse arrive rapide : tuberculose excavée du sommet. La décision de suspendre la démobilisation de l'officier est prise immédiatement et son hospitalisation, à titre militaire, ordonnée. Résultats : rapidité, simplification dans la recherche des documents médicaux et surtout prise en charge par la Marine de guerre d'un malade qui a manifestement contracté sa maladie en service.

Le deuxième exemple est aussi éloquent : Matelot X... finit son service à Brest, où il est démobilisé (la radio, à ce moment-là, n'aurait révélé rien d'anormal). Un mois après, il se présente à Vannes, devant le Docteur Le Roy, pour l'établissement de sa fiche d'aptitude à la navigation : or, la radio montre une tache floue axillaire. En l'absence de toute documentation médicale officielle, le Docteur Le Roy est contraint de renvoyer cet homme à Brest. Résultats : perte de temps, complications administratives pour l'établissement du certificat d'origine de la maladie, certainement contractée en service.

Les exemples pourraient être cités en grand nombre, montrant l'intérêt capital d'une collaboration intime entre Marine de commerce et Marine de guerre, qui vivent l'une par l'autre et l'une pour l'autre.

II

ORGANISATION DE L'INCORPORATION

Il ne nous paraît pas inutile de décrire très sommairement l'organisation de l'incorporation pratiquée au 3e Dépôt des Equipages de Lorient.

A. — Schéma d'incorporation.

La méthode appliquée ici n'est pas nouvelle; elle est commune à tous les dépôts de la Marine. Toutefois, l'idée du commandement est de transformer, dans les délais les plus brefs, la recrue civile en un marin apte à recevoir l'enseignement militaire.

Les recrues sont « jaugées » par divers bureaux. Un dossier est constitué pour chacun d'eux. Et, en dernier ressort, l'examen médical permet de les classer selon leurs aptitudes. La durée totale de toutes ces opérations ne dépasse pas deux jours.

Cette classification par aptitude est à *base médicale*. Elle est provisoire; elle ne sera définitive qu'après décision d'une commission de réforme.

B. — Origine des recrues.

Tous les incorporés sont des marins de métier : marins pêcheurs (petite pêche, grande pêche), marins du commerce, agents des services de la Marine marchande. Un très petit

nombre viennent des arsenaux : nous les avons mis sur nos tableaux, au même titre que les marins de métier; la plupart sont originaires des côtes de l'Atlantique et sont généralement fils de marins.

L'idée de ce travail était, primitivement, de comparer les tares physiques, en replaçant leurs porteurs dans leur pays d'origine. Nous avons donc choisi, parmi les marins de métier, ceux qui sont nés sur la côte, et ceux-là seulement. Nous avons délibérément écarté les cas importés. Nous avons considéré que les jeunes gens de l'arrière-pays, embrassant la carrière de la Marine marchande, ne rentraient pas dans notre statistique. Nous avons fixé arbitrairement une zone côtière d'une profondeur de 15 à 20 kilomètres au maximum, au-delà de laquelle nous avons pensé, à tort ou à raison, que les influences climatériques et telluriques, ainsi que le modus vivendi, pouvaient différer sensiblement de ceux de la côte.

C. — Le quartier d'inscription maritime.

Nous avons adopté une répartition géographique arbitraire, qui nous semble mieux répondre à la réalité qu'aucune autre : celle du quartier d'inscription maritime.

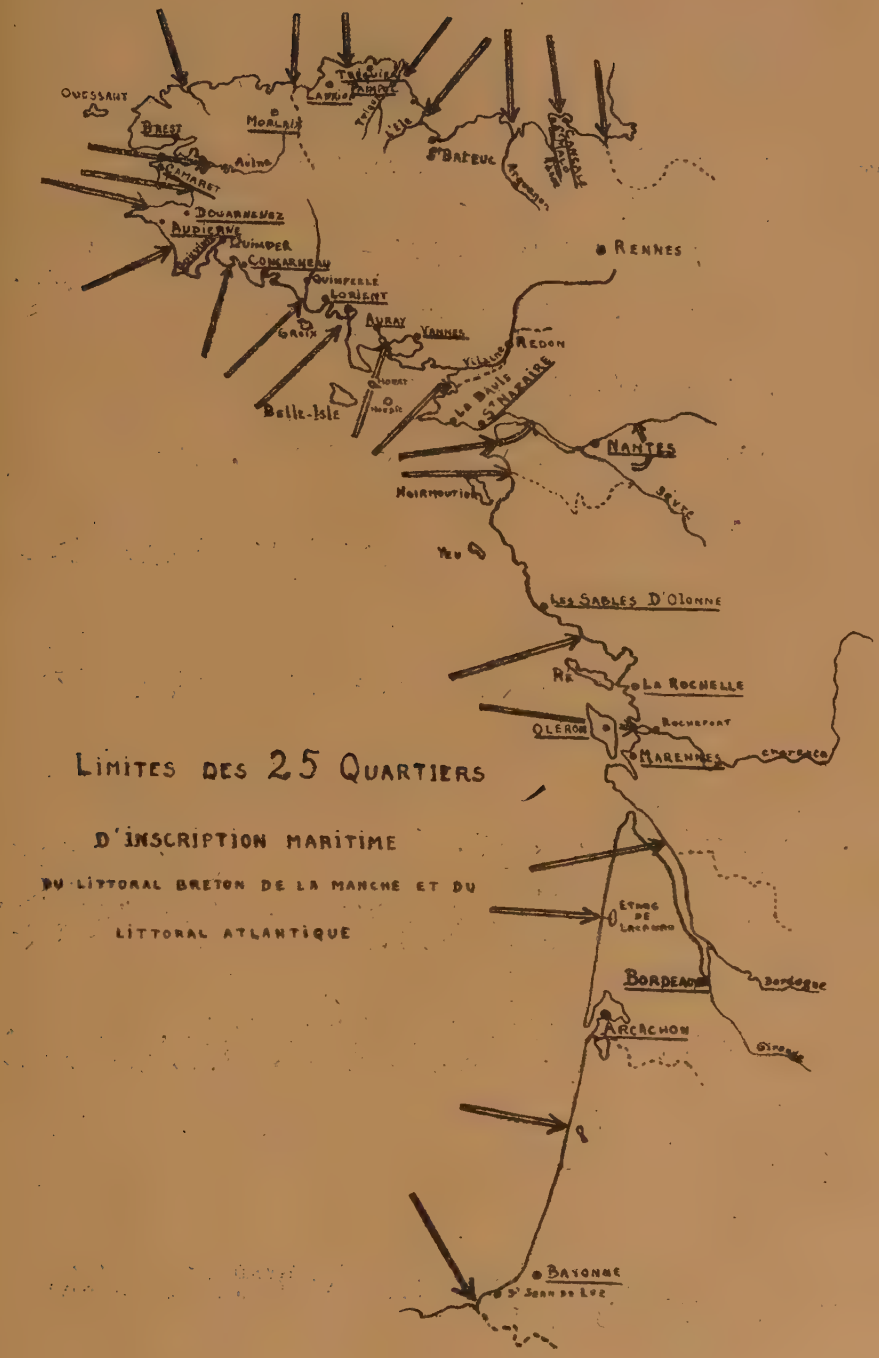
Notre travail porte sur trois circonscriptions maritimes (Saint-Servan, Nantes et Bordeaux), surtout les deux dernières.

Leurs limites et leur subdivision en quartiers sont les suivantes (se reporter à la carte de géographie) :

1° *Circonscription de Saint-Servan :*

— De la limite des départements de l'Ille-et-Vilaine et de la Manche;

Quartiers de : Cancale, Saint-Malo, Saint-Brieuc, Paimpol, Tréguier, Lannion, Morlaix, Brest, Camaret.



LIMITES DES 25 QUARTIERS

D'INSCRIPTION MARITIME

DU LITTORAL BRETON DE LA MANCHE ET DU

LITTORAL ATLANTIQUE

2° *Circonscription de Nantes :*

— De la baie de Douarnenez;
— A la limite des départements Vendée, Charente-Maritime.
Quartiers de : Douarnenez, Audierne, Guilvinec, Concarneau, Lorient, Auray, Vannes, Saint-Nazaire, Nantes, Sables-d'Olonne.

3° *Circonscription de Bordeaux :*

— Jusqu'à la frontière espagnole.
Quartiers de : La Rochelle, Oléron, Marennes, Bordeaux, Arcachon, Bayonne.

Le quartier d'inscription maritime (Q. I. M.), mieux que le département, répond aux exigences de ce travail statistique : la répartition des marins est plus homogène. Mais cette division, aussi avantageuse qu'elle soit, ne nous satisfait pas entièrement.

D'autre part, à l'époque où nous mettons sous presse, nous sommes assuré de posséder tous les renseignements, ou à peu près, concernant la classe 1943, qui fut incorporée en premier. Mais les résultats pour les classes 1940-1941 et 1942 ne nous sont parvenus que d'une façon partielle. Toutefois, la réduction en pourcentage nous autorise à conclure, mais avec une précision un peu moins grande que si nous possédions la totalité des résultats.

D. — L'incorporation au point de vue médical.

a) Son but :

— Eliminer les recrues inaptes au service : réforme temporaire et réforme définitive;
— Classer les recrues par catégories suivant leur aptitude physique.

Trois grands groupes d'aptitude :

— Service armé à la mer : S. A. M.;
— Service armé à terre : S. A. T.;
— Service auxiliaire : S. X.

b) Les moyens :

1er *échelon : Rôle des infirmiers.*

— Ouverture du livret médical individuel;
— Renseignements sur la raison sociale du recruté;
— Etablissement des mesures anthropométriques : taille, poids, périmètre thoracique;
— Etablissement de l'indice de Pignet;
— Pignet = taille en centimètres moins la somme du périmètre thoracique moyen et du poids;

Nous avons remarqué que l'indice de Pignet ne correspondait pas exactement à l'état physique de chaque sujet. Pour les indices faibles ou les indices très élevés, en particulier, les chiffres ne s'accordent nullement avec la réalité. Et nous avons maintes fois constaté que les individus dont les indices étaient supérieurs à 30 et pour lesquels le tableau d'équivalence indique une constitution faible étaient, en réalité, des sujets longilignes, de grande résistance physique. Par contre, les indices négatifs que Pignet classe parmi les constitutions fortes et trapues, sont parfois des obèses inesthétiques et poussifs, inapte à tout service actif.

— Analyse d'urines : recherche du sucre et de l'albumine;
— Recherche de l'acuité visuelle dans les conditions habituelles;
— Recherche de l'acuité auditive;
— Dépistage des daltoniens au test de Ishi-Hara. Ce test, uniformément répandu dans l'armée, dans la Marine, dans les services publics et en particulier dans l'aviation et dans les chemins de fer, est trop rigoureux. Il décèle les daltoniens

légers, présentant une dyschromatopsie, variable suivant l'éclairage et limitée souvent à une couleur.

Le Service de Santé de la Marine a mis à la disposition du 3e Dépôt l'*appareil de Le Méhauté-Guérin*, peu utilisé en France, mais d'un intérêt qu'il est bon de signaler. Il est conçu spécialement pour réaliser, en chambre noire, l'intensité et la couleur exactes des feux employés pour le balisage des ports.

2e échelon : Rôle des médecins chargés de l'incorporation :

Etablissement de la partie proprement médicale de l'incorporation :

— Interrogatoire sur les antécédents :
  — héréditaires;
  — familiaux : nous avons recherché les régions de familles nombreuses;
  — personnels :
    — médicaux : troubles nerveux et nycturies;
    — chirurgicaux.

— Examen de dépistage :
  — Tous les appareils sont examinés;
  — Cœur, poumon, sont l'objet d'un examen rapide mais complet;
  — Toutes les malformations congénitales ou acquises sont notées;
  — Les accidents ayant entraîné des amputations sont signalés;
  — Les canaux inguinaux et l'appareil génito-urinaire sont systématiquement explorés ainsi que les anomalies de la marche ou de l'orthostatisme;
  — Enfin, un contrôle radioscopique pulmonaire est fait pour chaque recrue. En cas de doute, le médecin radiologue juge de l'opportunité d'un film.

A l'issue de cet examen médical de dépistage, le recruté

est proposé à la Commission de réforme, par le Médecin-major, pour son classement dans l'une ou l'autre catégorie.

Ou bien, pour les recrues présentant une affection ou des séquelles d'affection médicale ou chirurgicale ou du domaine des spécialités, un examen médical approfondi, par des médecins qualifiés et en milieu hospitalier, est demandé, d'après lequel la Commission de réforme statuera.

3e *échelon : Rôle de la Commission de réforme :*

C'est elle qui fixe, en dernier lieu, d'après le dossier médical présenté, la catégorie dans laquelle le recruté sera versé. Elle seule est habilitée à prononcer les cas de réforme temporaire ou définitive.

Remarque. — Cette classification, pour aussi définitive qu'elle soit, est susceptible d'être modifiée par la suite, selon les facultés d'adaptation du marin à sa nouvelle vie.

Tel sujet qui avait nié, dans ses antécédents, des troubles nerveux a été réformé, un mois après son incorporation, pour crise comitiale, dûment constatée.

Tel autre sujet qui avait été classé service armé à terre, à cause de sa denture insuffisante, est passé service à la mer, après la pose d'un appareil de prothèse.

c) Conditions physiques exigées pour chaque catégorie :

1° *Service armé à la mer : S. A. M.*

— Tout sujet de constitution normale (en principe, Pignet inférieur à 25) ne présentant aucune tare incompatible avec le S. A. M.;

— Certaines spécialités sont inaccessibles. Seront classés :

S. A. M., sauf matelot-fusilier,

tous ceux qui présentent des troubles de la marche :

— soit d'origine congénitale : pieds plats; malformations n'entraînant pas une incompatibilité totale avec le service;

— soit acquis : séquelles d'arthrite, d'ostéomyélite, de fractures, etc.

Les cicatrices vicieuses, chéloïdiennes et, *a fortiori*, les débuts d'éventration, après appendicectomie, les petits varicocèles, etc., en un mot toutes les affections qui risquent de gêner le marin ou qui peuvent s'aggraver au cours des longues marches et des exercices en terrain varié.

S. A. M., sauf spécialités exigeant une acuité visuelle parfaite.

Les spécialités de timonier, pilote, gabier, pointeur, canonnier, rentrent dans cette catégorie.

S. A. M., sauf spécialités écartant le daltonisme à l'appareil de Le Méhauté-Guérin.

Nous donnons ci-dessous un tableau récapitulatif des diverses conditions d'aptitude au S. A. M. Ce tableau est volontairement incomplet, notamment pour le paragraphe acuité visuelle.

S. A. M., toutes spécialités :

— Pas de tares importantes. Pignet inférieur à 25;
— Acuité visuelle parfaite.

S. A. M., sauf fusilier :

— Infirmités et malformations diminuant le rendement du marin dans la spécialité de fantassin. Acuité visuelle parfaite.

S. A. M., sauf pilote, timonier, gabier :

— Acuité visuelle diminuée. Tolérance jusqu'à 10/10 pour un œil et 4/10 pour l'autre, sans correction;
— Ni diplopie, ni daltonisme.

S. A. M. de la 2e catégorie :

— 1er paragraphe : spécialités d'arrimeur, torpilleur, électricien, radio, mécanicien, armurier.

Acuité visuelle diminuée : tolérance jusqu'à 6/10 pour un œil, 4/10 pour l'autre, après correction. Ni diplopie, ni daltonisme.

— 2e paragraphe : spécialités de fourrier, infirmier, musicien, cuisinier, maître d'hôtel, personnel des transmissions.

Acuité visuelle diminuée : tolérance jusqu'à 5/10 pour un œil, 1/20 pour l'autre, après correction. Diplopie et daltonisme admis.

2° *Service armé à terre : S. A. T.*

Sont classés dans cette catégorie :

a) Les porteurs de denture dite « insuffisante », ceux qui ont au moins 6 couples d'opposantes saines, dont au moins : 1 paire de molaires ou de prémolaires et 1 paire de canines ou d'incisives. En pratique, la tolérance est assez large pour les dentures bien appareillées.

b) Les porteurs de lésions non stabilisées, gênés dans l'accomplissement de leurs fonctions.

3° *Service auxiliaire : S. X.*

a) Les porteurs de dents très mauvaises.

b) Ceux dont l'acuité visuelle est inférieure, après correction, à 5/10 et 1/20.

c) Tous les porteurs d'infirmités ou de lésions qui ne justifient pas la réforme.

4° *Réforme temporaire : R. T.*

— Les cardiaques et les pulmonaires rentrent souvent dans cette catégorie.

5° *Réforme définitive : R. D.*

— Tous les porteurs de lésions importantes irréversibles.

III

ETAT SANITAIRE DES INCORPORES

L'instruction ministérielle du 22 février 1945 assigne au 3e Dépôt des Equipages de Lorient l'incorporation des recrues issues des Quartiers d'Inscription maritime de Douarnenez, Audierne, etc., jusqu'à la frontière espagnole, et appartenant aux classes 1940, 1941, 1942 et 1943.

Mais un certain nombre de recrues, qui appartiennent, en application de la même instruction, au Dépôt de Cherbourg, ont été dirigés sur le 3e Dépôt de Lorient. Le Q. I. M. de Brest, par exemple, nous a envoyé 219 marins, c'est-à-dire un nombre sensiblement égal à celui de Lorient, qui fournit un des plus forts contingents, avec Guilvinec et Concarneau.

Dans ces conditions, nous avons recueilli 2.530 observations pour les quatre classes incorporées. Ces chiffres sont en dessous de la réalité, pour les raisons que nous avons données plus haut :

— Nous avons écarté de nos statistiques tous les recrutés qui ne sont pas nés dans une zone côtière de 15 à 20 kilomètres environ.

— A la date de la rédaction de ce travail, nous ne connaissons pas les résultats concernant les recrutés qui n'ont pas suivi le sort de leurs contingents et qui ont été incorporés tardivement.

— Un nombre assez important de marins a été exempté du service, pour des motifs divers, dont le premier est la déportation en Allemagne (service du travail obligatoire) : la classe 1940, en particulier, qui fut massivement levée par les Allemands, bénéficie de cette dispense, sous certaines conditions.

Nos conclusions ne sont donc pas tirées de chiffres absolus, car elles seraient fausses au point de vue démographique. Mais nous comparons des chiffres relatifs, des pourcentages, qui reflètent, avec une approximation suffisante, l'état sanitaire des marins de la côte Atlantique.

Nous serons discrets à l'endroit des recrues venant des Q. I. M. de Camaret, Morlaix, Lannion, Tréguier, Paimpol, Saint-Brieuc, Saint-Malo, Cancale, qui ont été aiguillés sur Lorient, bien que l'instruction de février 1943 les destine au Dépôt de Cherbourg. Leur nombre est trop peu important par rapport aux autres et les statistiques qui les concernent sont, du même coup, erronées dans certains cas. Ils représentent le dixième environ du total, soit 250 recrues.

Quartiers d'Inscription maritime classés d'après l'importance du nombre des recrues.

Guilvinec	271	Vannes	91
Concarneau	244	La Rochelle	87
Lorient	235	Marennes	72
Brest	219	Saint-Nazaire	71
Audierne	195	Bayonne	55
Sables-d'Olonne	177	Bordeaux	53
Auray	160	Arcachon	53
Douarnenez	146	Oléron	32
Nantes	125	Camaret	18

L'examen de ce tableau confirme l'importance du recrutement breton par rapport aux autres régions. Le Q. I. M. des Sables-d'Olonne arrive en bonne place : en fait, la zone côtière qu'il administre est environ 3 fois plus importante que celle du Q. I. M. de Concarneau par exemple.

La densité des pêcheurs au kilomètre de littoral décroît donc à peu près régulièrement de la Bretagne à la Gascogne.

Classement par catégories d'aptitudes.

Il repose, nous l'avons dit, sur les qualités physiques des individus. Cette classification est essentiellement médicale.

1° *Marins aptes à toutes les spécialités de la mer.* — Le pourcentage varie de 37 % à Douarnenez (par abréviation pour Q. I. M. de Douarnenez), à 65,9 % à Arcachon. Soit une moyenne de 47 %.

Ceci revient à dire que la *moitié* environ des contingents de marins est de constitution excellente ou bonne, ne révèle aucune tare physique, possède une acuité visuelle parfaite et une denture au moins satisfaisante.

2° *Marins aptes à toutes les spécialités à la mer, sauf celle de fusilier.* — Les hommes de cette catégorie ont des malformations congénitales (pieds plats) ou des séquelles d'affections qui risquent de les gêner dans leur fonction de fantassin (varicocèle, pointe herniaire, cicatrice abdominale de mauvaise qualité).

On classe également parmi eux ceux dont les dents sont jugées limites, qui sont éliminés de la spécialité de clairon; cette spécialité prévoit, en effet, la même formation technique de base que celle de fusilier. Nous parlerons ultérieurement de la qualité des dentures et la classification purement médicale reprendra alors tous ses droits.

Dans cette catégorie, on compte :

— à Arcachon, 9,4 %;
— à Saint-Nazaire, 24 %;
— en moyenne, 18,3 %.

S'il est vrai que le fusilier réalise les conditions physiques optima (mise à part l'acuité visuelle : la tolérance va jusque 6/10 et 4/10) de l'individu parfaitement constitué, il n'en faut pas déduire d'une façon trop absolue que les marins classés dans cette deuxième catégorie (aptes S. A. M., sauf fusi-

lier) sont constitutionnellement inférieurs, en efficience, à ceux de la 1re catégorie (aptes S. A. M., toutes spécialités) : leurs tares sont très souvent minimes et à peine suffisantes pour justifier la décision médicale.

Nous ne considérons pas les gens de cette catégorie comme des déchets d'incorporation.

Il ressort de cette remarque que la limite d'utilisation des marins aux spécialités que nous appellerons les spécialités nobles, est exactement de **65,3 %**.

3° *Marins aptes d'après l'acuité visuelle.* — Nous avons simplifié la classification basée sur *l'acuité visuelle*, qui est à la fois précise et détaillée (se reporter au tableau donné précédemment). Nous retenons seulement la manifestation physio-pathologique, c'est-à-dire *la baisse de l'acuité visuelle*.

Au point de vue médical, nous convenons d'adopter trois catégories, d'après des valeurs moyennes de l'échelle d'acuité :

a) 10/10 pour un œil, 4/10 pour l'autre, sans correction.

Dans ces conditions, toutes les spécialités sont accessibles, sauf celles de : gabier, timonier, pilote, opticien, télémétriste.

A Bayonne, pourcentage le plus faible avec : 3,6 %.
A Oléron, pourcentage le plus fort avec : 15,9 %.
La moyenne est de : **11,5 %**.

b) 6/10 pour un œil, 4/10 pour l'autre après correction.

Ce sont les spécialités de la 2e catégorie (voir le tableau donné plus haut).

Minimum à Arcachon et à Bayonne : 0 %.
Maximum à Brest : 5,75 %.
Moyenne : **2,5 %**.

c) 5/10 pour un œil, 1/20 pour l'autre après correction.

Spécialités de la 2e catégorie, 2e paragraphe (du tableau

d'acuité) : les daltoniens sont classés dans cette catégorie. Nous les en dissocierons ultérieurement.

Minimum à Oléron : 0 %.
Maximum à Bordeaux : 7,5 %.
Moyenne : 4,4 %.

A l'exclusion des daltoniens, on compte :

Minimum à Oléron : 0 %.
Maximum à Audierne : 5 %.
Moyenne : 3 %.

En résumé : sur 100 incorporés, 12 présentent une insuffisance visuelle peu marquée et 6 ont une déficience importante.

4° *Marins aptes au service armé à terre, à l'exclusion des autres spécialités.* — Nous avons donné succinctement les critères pathologiques sur lesquels reposent ces aptitudes.

Minimum à Bordeaux : 0 %.
Maximum à Douarnenez : 13 %.
Moyenne : 3,7 %.

5° *Marins aptes au service auxiliaire, à l'exclusion des autres spécialités* :

Minimum à Douarnenez, Saint-Nazaire, Oléron, Bayonne : 0 %.
Maximum à Marennes : 6,9 %.
Moyenne : 3,2 %.

Ces deux dernières catégories constituent le « déchet » utilisable de l'incorporation. Il atteint à peine : 7 % du total.

6° *Réformés temporaires et réformés définitifs.* — C'est le « déchet » inutilisable, relativement plus important que le précédent, puisque de presque 10 % du contingent.

R. T. :

Minimum à Arcachon : 0 %.
Maximum à Guilvinec : 9,8 %.
Moyenne : 6 %.

R. D. :

Minimum à Oléron, Arcachon : 0 %.
Maximum à Vannes : 5,6 %.
Moyenne : 3,3 %.

Des différences très sensibles entre les quatre classes incorporées nous conduisent aux résultats suivants :

Classe 1940 : 10,2 % + 10 % = 20,2 %
Classe 1941 : 11,8 % + 7,1 % = 18,9 %
Classe 1942 : 11,8 % + 6,7 % = 18,5 %
Classe 1943 : 6,1 % + 6,5 % = 12,6 %

La colonne de gauche représente le « déchet inutilisable » (R. T. + R. D.). La colonne de droite, « le déchet utilisable » (S. A. T. + S. X.).

Deux raisons essentielles nous semblent devoir être retenues pour expliquer ces résultats :

— La fréquentation de l'estaminet est moins courante chez les plus jeunes, d'autant plus qu'en 1939-1940, années qui marquent une réduction importante de la consommation de l'alcool dans les débits de boissons, les jeunes gens de la classe 1943 n'avaient que 16 à 17 ans alors que ceux de la classe 1940 étaient presque majeurs. On peut supposer que ceux-ci avaient déjà subi une imprégnation éthylique avant la disparition du marché de l'alcool.

— Nous attachons une importance beaucoup plus grande à la raison suivante : la déportation en Allemagne et ses conséquences. La classe 1943, qui a échappé généralement au service du travail obligatoire, a, par contre, été mobilisée entièrement.

Les autres classes n'ont fourni que des contingents réduits, parmi lesquels tout le déchet du service obligatoire en Allemagne : les individus sains, expatriés par force, n'ont pas été incorporés, ce qui grossit, en apparence, les pourcentages des déchets.

En résumé, pour garder une vue d'ensemble de la question, on peut répartir les quatre contingents de la façon suivante :

Sur 100 individus :

— 65 sont dans des conditions physiques excellentes;
— 19 ont une baisse de l'acuité visuelle;
— 7 ont des tares compatibles avec un service réduit;
— 9 sont totalement inutilisables.

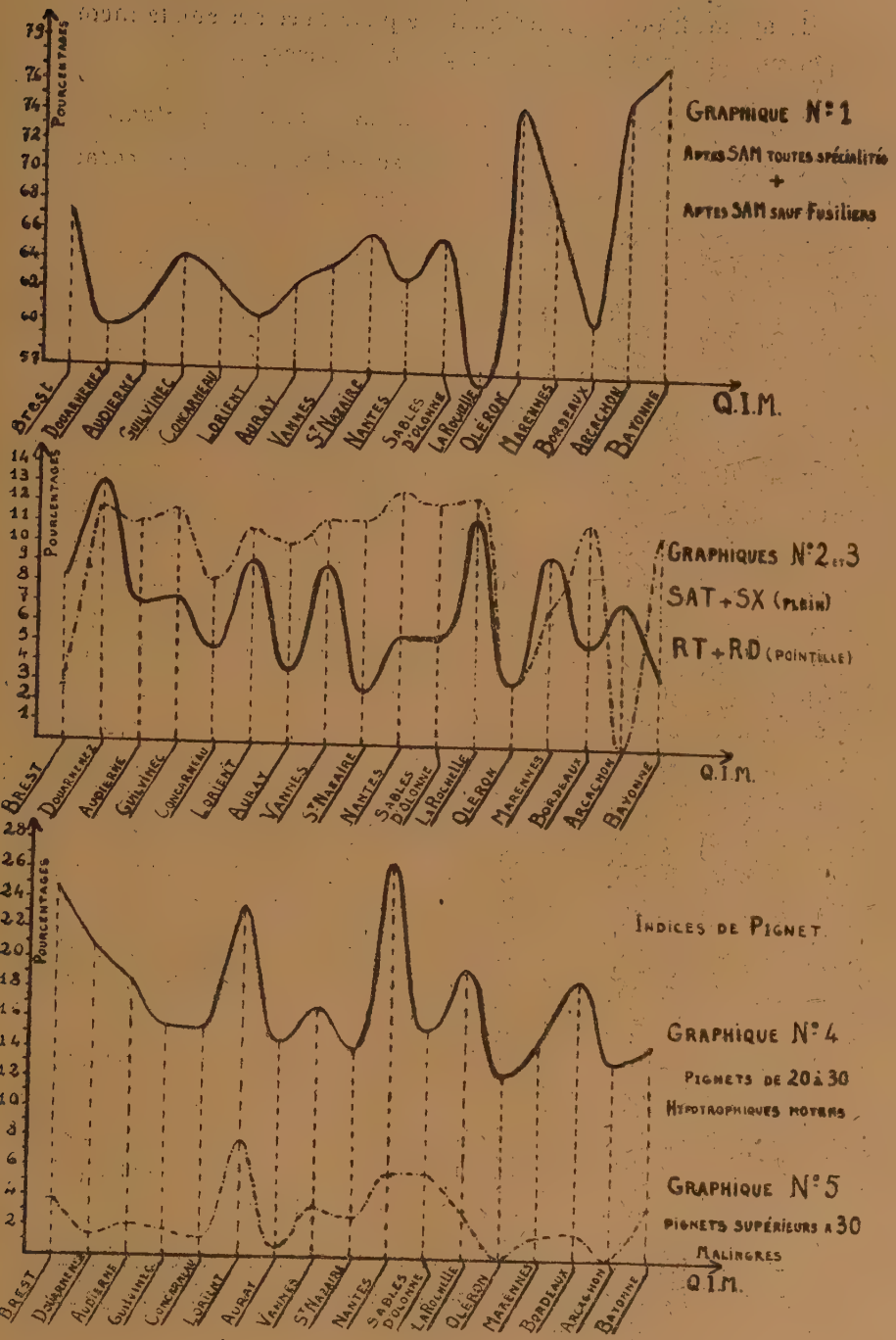
Comparaison des résultats obtenus par Q. I. M.

Nous allons aborder maintenant une étude plus délicate : la comparaison des résultats obtenus, en fonction des régions maritimes intéressées. Les graphiques que nous avons établis nous seront d'une aide précieuse.

Sujets aptes à toutes ou à certaines spécialités à la mer.
(Aptes S. A. M., toutes spécialités + Aptes S. A. M., sauf fusiliers.)

Nous avons dit qu'ils représentaient en moyenne : 65 % du total incorporé. Le graphique n° 1, qui représente la combinaison des deux catégories ci-dessus, est d'une interprétation, à notre avis, assez évidente. L'allure générale de la courbe (abstraction faite des pointes en haut ou en bas) est progressivement ascendante de Brest à Bayonne. Nous pourrions matérialiser cette conclusion en traçant une courbe moyenne qui la traverserait et laisserait de part et d'autre d'elle des surfaces équivalentes.

Nous reconnaissons volontiers que cette généralisation est hardie. Elle n'offre pas les caractères de sécurité scientifique que l'on retrouve dans les remarquables travaux de M. Emile Pinel sur « la méthode statistique en médecine » (Presses universitaires de France, 1945). Et ce qui, ici, peut être érigé en loi biologique, mathématiquement contrôlée, se réduit, là, à une simple tendance qui tient le milieu entre des écarts parfois considérables (entre les Sables et Bayonne par exemple).


POURCENTAGES
GRAPHIQUE N°1
APTES SAM TOUTES SPÉCIALITÉS
+
APTES SAM SAUF FUSILIERS
BREST
DOUARNENEZ
AUDIERNE
GUILVINEC
CONCARNEAU
LORIENT
AURAY
VANNES
ST NAZAIRE
NANTES
SABLES D'OLONNE
LA ROCHELLE
OLERON
MARENNES
BORDEAUX
ARCACHON
BAYONNE
Q.I.M.
GRAPHIQUES N°2 ET 3
SAT + SX (PLEIN)
RT + RD (POINTILLÉ)
INDICES DE PIGNET
GRAPHIQUE N°4
PIGNETS DE 20 À 30
HYPOTROPHIQUES MOYENS
GRAPHIQUE N°5
PIGNETS SUPÉRIEURS À 30
MALINGRES

Il apparaît donc que les qualités physiques des sujets incorporés s'améliorent de la Bretagne à la Gascogne.

Sujets à déficience visuelle plus ou moins importante.

Courbe à oscillations moyennes, assez homogène, peu caractéristique. Pourcentage très bas à Bayonne.

Sujets partiellement utilisables (S. A. T. + S. X.)

Graphique n° 2 (traits pleins).

Sujets inutilisables (R. T. + R. D.).

Graphique n° 3 (traits pointillés).

L'étude de ces deux courbes n'offre pas matière à de grandes conclusions : une amorce de descente de la première; un plateau autour de 11 % pour la seconde. Beaucoup plus intéressante est la constatation d'une double cassure au niveau d'Oléron, qui complète la flèche du graphique n° 1. Est-ce pur hasard ? Ou bien plutôt le caractère insulaire de ce petit quartier en aurait-il fait un lieu de sélection humaine dans un sens favorable ?

Aux extrémités de la courbe des « inutilisables », Brest et Arcachon présentent un pourcentage minimum, intéressant à souligner.

En résumé : de l'ensemble de ces trois graphiques, on retient :

— que les pourcentages des sujets bien portants se montrent plus élevés à mesure que l'on descend de Brest à Bayonne;

— que le nombre des individus tarés est relativement faible à Oléron, peu élevé à Arcachon;

— que les quartiers de Douarnenez, Lorient, La Rochelle et Bordeaux ont fourni les pourcentages minima de sujets peu ou non tarés.

Les conclusions que nous venons de tirer du classement par aptitude nous donnent une vue d'ensemble : elles ne pénètrent pas le problème.

Nous allons passer en revue, maintenant, les affections rencontrées au cours de l'incorporation.

Auparavant, nous parlerons des coefficients de Pignet et des dentures.

Les Pignet et les constitutions.

Pignet divise ses coefficients, d'après leur valeur, en huit catégories, que nous transcrivons ci-dessous avec les pourcentages moyens obtenus :

— de 10 à 0 : constitution forte, trapue, 7,1 %;
— de 0 à 10 : constitution très forte, 29,3 %;
— de 11 à 15 : constitution forte, 23,7 %;
— de 16 à 20 : constitution bonne, 19 %;
— de 21 à 25 : constitution moyenne, 11,9 %;
— de 26 à 30 : constitution assez bonne, 7,2 %;
— de 31 à 35 : constitution faible, 1,8 %;
— au-delà de 35 : constitution très faible : 0,7 %.

Nous avons déjà dit combien cette classification est arbitraire, surtout aux abords des valeurs extrêmes des indices. Elle répond grossièrement au type physique de l'individu. Mais le coup d'œil appréciateur du médecin entraîné est un élément moins scientifique, mais souvent beaucoup plus sûr. Il n'en reste pas moins que, malgré ses défauts, le coefficient de Pignet est utilisé largement pour classer les individus.

En contractant les résultats donnés ci-dessus, nous obtenons les conclusions suivantes sur 100 marins incorporés :

7 sont petits, trapus, ou même obèses;
72 sont de constitution forte (Pignet de 1 à 20);
19 sont des hypotrophiques moyens (de 20 à 30);
2 sont des malingres (au-delà de 30).

Les Pignet à indice faible (individus bien constitués) se répartissent inégalement sur le littoral : le quartier d'Oléron fournit le plus fort pourcentage, puis Bayonne et Guilvinec, dans une proportion moindre, ce dernier s'isolant au milieu des autres quartiers bretons.

A Oléron, par exemple, il y en a :

28 % de plus qu'à Nantes; 22 % de plus qu'à Brest; 17 % de plus qu'à Lorient; 14 % de plus qu'à Saint-Nazaire.

Il n'y a pas, dans ces résultats, qu'une simple coïncidence, mais confirmation d'un fait biologique bien connu : le Pignet des villes, toujours plus élevé que celui des campagnes. Cette constatation est mise en évidence sur les graphiques n°s 4 et 5, qui donnent : pour la courbe supérieure, les pourcentages des hypotrophiques moyens (Pignet de 20 à 30), et pour la courbe inférieure (en pointillé), ceux des malingres (Pignet supérieur à 30).

Ces deux courbes révèlent un parallélisme assez fidèle, surtout au niveau des quartiers de Brest, de Lorient et de Nantes. Les deux amorces de flèches à La Rochelle et à Bordeaux, quoique moins accusées, sont aussi éloquentes.

Nous avons relevé également quelques indices très élevés ou très négatifs : un indice de — 18 à Guilvinec; un de — 21 aux Sables-d'Olonne, et un de — 23 à Douarnenez.

Les indices supérieurs à 36 se rencontrent surtout à Brest et à Lorient; un Pignet de 43 à Saint-Nazaire.

Il nous paraît intéressant de rappeler ici les travaux de M. Laugier en matière de biologie typologique. Le classement des individus, en vue de leur orientation professionnelle logique, repose aussi sur un bilan anthropométrique et pathologique. Un vaste tableau, contenant plusieurs centaines de métiers, présente dans le sens orthogonal un certain nombre de colonnes qui correspondent à des déficiences organiques ou anatomiques bien définies. Chaque déficience peut entraîner incompatibilité pour un ou plusieurs métiers. On construit de tels tableaux en celluloïd, transparents, qui donnent, par simple lecture, la liste des métiers à conseiller ou à écarter, en fonction des tares physiques : c'est le système des « grilles sélectives ».

On prévoit tout l'intérêt de ce système en matière d'incor-

poration : rapidité et surtout objectivité du classement par aptitude.

Le *Bulletin officiel*, qui est le bréviaire auquel se réfère le médecin d'incorporation, est trop souvent imprécis quand il s'agit de statuer sur l'importance d'une lésion. Il envisage, à juste raison, le cas d'espèce et rend le médecin seul juge de sa décision. Or, l'expérience prouve que, d'un centre incorporateur à un autre, c'est-à-dire d'un médecin à un autre, ces décisions sont parfois opposées, toutes choses égales d'ailleurs, tant au point de vue compétence et probité professionnelles que moyens cliniques d'investigation. Le résultat est surtout préjudiciable au recruté ou à l'engagé, qui se voit successivement admis puis refusé par deux centres médicaux différents fonctionnant sous le même régime. Il y aurait donc intérêt à écarter, autant que possible, cet élément subjectif d'appréciation qui joue, faute de bases précises, sans supprimer, pour autant, l'initiative personnelle. Un système analogue aux « grilles sélectives » pourrait remplir ce rôle important, à notre avis, dans certains cas douteux.

Les dentures.

Il y a quatre catégories de dentures :

a) Denture bonne : moins de 4 caries ou de 4 extractions.
b) Denture assez bonne,
c) Denture limite : plus de 6 couples d'opposantes saines, dont, au moins, une paire de molaires ou de prémolaires et 1 paire de canines ou d'incisives (ce qui correspond à un coefficient masticatoire supérieur à 10).
d) Denture insuffisante : moins de 6 couples d'opposantes saines.

Quelques résultats :

Denture bonne : 43,5 %;
Denture assez bonne : 42,2 %;
Denture limite : 10,5 %;
Denture insuffisante : 4 %.

On relève donc, en gros :

85 % de dentures bonnes ou bien appareillées;
15 % de dentures mauvaises.

La répartition géographique de ces résultats est, dans l'ensemble, homogène.

Les meilleurs pourcentages de dentures en très bon état se trouvent entre Saint-Nazaire et Marennes (soient les départements de Loire-Inférieure, Vendée et Charente-Maritime) avec une moyenne de 51,7 % contre 43,5 % pour la moyenne générale.

La courbe des dentures très mauvaises (dites « insuffisantes), dont le coefficient masticatoire est inférieur à 10, est progressivement descendante de Brest à Bayonne, avec des minimums à Nantes et Marennes (0 %).

Les dyschromatopsies.

Les tests de Ishi-Hara sont, nous l'avons dit, d'une très grande finesse. Ils révèlent des dyschromatopsies de faible intensité, que les sujets n'ont jamais remarquées.

L'appareil de Le Méhauté-Guérin, moins sensible, mais fidèle et plus conforme aux conditions réelles de perception des couleurs, permet, au 3e Dépôt, de confirmer ou d'écarter le diagnostic de daltonisme.

Résultats :

— Tests d'Ishi-Hara, positifs :

— Maximum à Oléron : 12,4 %;
— Minimum aux Sables et à La Rochelle : 3,3 %;
— Moyenne : 5,3 %.

— Tests de Le Méhaut-Guérin, positifs :

— Maximum à Auray : 5,2 %;
— Minimum à Audierne, Vannes, Saint-Nazaire, La Rochelle, Oléron, Bayonne : 0 %;
— Moyenne : 1,4 %.

L'appareil de Le Méhauté-Guérin réduit de trois quarts la proportion de dyschromatopsiques décelés par les tests d'Ishi-Hara. Ces résultats ont un retentissement pratique considérable : bon nombre de jeunes recrues ou d'engagés qui se destinent à certaines spécialités, les candidats aux écoles d'officiers (Ecole navale, Ecole des officiers mécaniciens, Ecole de Santé navale, etc.), peuvent, sous certaines conditions, bénéficier du doute s'ils sont négatifs au deuxième test : leur carrière n'est pas entravée.

Il n'est pas possible d'établir une relation mathématique sur les résultats offerts par les deux procédés : on les utilise simultanément dans la Marine. Toutefois, c'est le résultat à l'appareil de Le Méhauté qui prime l'autre.

La répartition géographique des daltoniens frustes ou vrais est normale. Une flèche à Oléron avec 12.4 % est intéressante à noter si l'on admet certains facteurs héréditaires.

Les affections médicales chez les incorporés.

1° Affections pulmonaires.

— *Tuberculose évolutive* :

— proportion assez faible : 0,9 % dans l'ensemble;
— Cas plus fréquents : à La Rochelle, 2,2 %; à Douarnenez, 2 %; à Bordeaux, 1,9 %.
— Aucun cas à Audierne, Lorient, Saint-Nazaire, Oléron, Arcachon, Bayonne.

— *Tuberculose suspecte radiologiquement* :

— Image floue; infiltration parenchymateuse; scissurite; éclairage faible des sommets, etc.;
— Nantes et Oléron ont un pourcentage maximum : 6,2 %;
— La Rochelle et Marennes en ont : 0 %;
— En moyenne : 2,9 %.

La classe 1942 paye un plus lourd tribut à la tuberculose

que les trois autres. On constate, en effet, les chiffres suivants :

Tuberculeux évolutifs :

Classe 1940, 1,1 %;
Classe 1941, 0,5 %;
Classe 1942, 2,5 %;
Classe 1943, 0,5 %.

Sur 6 recrues présentant, au moment de l'incorporation, un pneumothorax thérapeutique, 4 appartiennent à la seule classe 1940.

— *Antécédents familiaux tuberculeux :*

Les sujets ayant vécu dans un milieu familial contaminé (soit parents, soit collatéraux) sont dans une proportion un peu supérieure à 4 %.

La courbe des familles de bacillaires suit, à peu près, celle des marins en évolution. Le fait est net à La Rochelle et à Nantes.

Par contre, il y a une dissociation complète à :

— Lorient : pas de marins tuberculeux et 5,5 % d'antécédents familiaux;
— Bayonne : pas de marins tuberculeux et 5,4 % d'antécédents familiaux.

— *Adénopathies cervicales cicatricielles, écrouelles :*

— Chez 0,8 % des sujets.

— Nous signalerons aussi 4 cas d'asthme, dont 2 à Lorient, un autre à Saint-Nazaire et le quatrième aux Sables-d'Olonne, et un cas de typho-bacillose à Guilvinec.

2° Affections cardiaques.

Nous avons recherché, à titre de curiosité, la proportion des tachycardies et des éréthismes cardiaques d'origine émotive : la classique tachycardie du jeune conscrit. On la trouve chez 7 % des sujets.

Les vagotoniques sont en nombre beaucoup plus faible . les petits bradycardiques ne dépassent pas 0,85 %.

8 recrues présentaient des extrasystoles isolées, sans troubles fonctionnels.

28 recrues, soit un peu plus de 1 %, avaient une tension artérielle anormale..

Eclats de bruits :

Le premier bruit éclatant est décelé chez 5 marins, sans autres manifestations morbides;

Le deuxième bruit éclatant est décelé chez 7 autres marins, sans autres manifestations morbides.

Dédoublement du deuxième bruit chez 9 sujets, soit 0,35 %.

Les souffles anorganiques, sans signes cliniques par ailleurs:

Premier bruit prolongé, soufflé, 2 % des recrues environ;

Souffle systolique de pointe anorganique, 2 % également;

Souffle systolique de base anorganique, 0,75 %.

Les souffles organiques :

Les pourcentages varient beaucoup d'une classe à l'autre :

Classe 1940, 3 cardiopathies, soit 0,2 % du total incorporé;

Classe 1941, 12 cardiopathies, soit 0,47 % du total incorporé;

Classe 1942, 0.

Classe 1943, 7 cardiopathies, soit 0,3 % du total incorporé.

Au total : 24 sujets sur 2.330 présentent des lésions cardiaques importantes ayant entraîné leur réforme : le pourcentage est de 1 % environ.

Nous avons relevé :

7 souffles systoliques à la base, dont 2 à siège pulmonaire;

1 rétrécissement mitral à Bayonne;
7 insuffisances mitrales;
3 rétrécissements aortiques isolés;
2 insuffisances aortiques, dont l'une se doublait d'une insuffisance mitrale;
4 doubles souffles mitro-aortiques.

L'étiologie rhumatismale est certaine dans la proportion de 0,4 %, soit 11 marins sur les 24 cardiopathes ci-dessus.

43 sujets ont signalé dans leurs antécédents un rhumatisme articulaire aigu, qui ne semble pas avoir laissé de traces au cœur.

Le rhumatisme articulaire aigu sévit avec une fréquence particulière entre Marennes et Arcachon, où il atteint à Bordeaux le pourcentage élevé de 10 %, alors que la moyenne est de 1,7 %.

Quelques raretés rencontrées au cours de l'incorporation :

3 arythmies extrasystoliques, dont 1 seule à substratum anatomique (insuffisance aortique);
2 syncopes, pendant la visite médicale, chez des sujets ayant eu du rhumatisme articulaire aigu sans lésions cardiaques cliniquement décelables;
1 péricardite sans séquelle clinique;
1 maladie bleue chez le frère d'un recruté des Sables-d'Olonne;
1 dextrocardie avec sénestro-hépatie à Lorient, sans aucun trouble fonctionnel.

3° Les maladies infectieuses dans les antécédents des recrutés.

Typhoïde et parathyphoïde :

Un pourcentage élevé à Douarnenez avec 9,65 %, un pourcentage paradoxalement faible, puisque nul à Marennes (pays d'ostréi et de mytiliculture), telles sont les deux caractéristiques de la courbe des infections typhoïdes, qui oscille fai-

blement pour les autres Q. I. M., autour de 3,1 %. Un cas de perforation intestinale à Douarnenez.

Diphtérie :

La moyenne est de 2,7 %, soit 69 cas, dont 5 se sont compliqués de paralysies transitoires et 1 de quadriplégie permanente à Auray.

Polyomyélite :

6 cas, dont 2 seulement n'ayant pas de séquelles ostéo-musculaires. La proportion est donc de 0,22 %.

Autres maladies infectieuses :

Scarlatine : 16 cas, dont 1 avec néphrite, c'est-à-dire 0,63 %.

Oreillons : 36 cas, sur lesquels 4 sujets ont eu une orchite ourlienne avec atrophie testiculaire consécutive.

Méningite : 12 cas, sans séquelles cliniques; soit 0,47 %.

Paludisme : 3 paludéens. Maladie contractée aux colonies dans les 3 cas.

Syndrome dysentérique vrai : 5 cas par infestation coloniale.

Maladies vénériennes :

Syphilis acquise : 4 cas (1 à La Rochelle, 1 à Saint-Nazaire, 2 à Arcachon).

Le traitement a été régulièrement suivi dans les 4 cas, l'infection datant d'une année dans l'ensemble.

Maladie de Nicolas-Favre : 1 cas seulement à Nantes, un chancre mou.

Zona : 4 zonas thoraciques (1 à Douarnenez, 2 à Lorient, 1 à Auray).

4° Troubles et maladies nerveuses.

Tremblements des extrémités.

Névropathiques : 3 cas, dont 2 à Vannes et 1 à Marennes.
Emotifs ; 5 cas. L'éthylisme n'a pas été recherché. Ces

5 sujets sont originaires des régions situées entre Brest et Auray.

Bégaiement.

13 cas de bégaiement, avec association de contracture faciale spasmodique et de tics faciaux dans 2 cas.

Leur répartition est nette :

10 cas entre Brest et Lorient, dont 3 à Guilvinec;
2 cas aux Sables-d'Olonne.

Une statistique, établie sur une vaste échelle, puisqu'elle englobe les années 1850 à 1900, montre la répartition géographique des jeunes recrues, exemptées de service pour bégaiement. Les départements bretons sont parmi les plus touchés. La Gironde et les Landes viennent assez loin derrière avec la Vendée. Nos résultats, bien que très réduits, s'accordent avec ceux-là.

Enfin :

6 marins ont déclaré présenter de l'énurésie nocturne;
2 ont fait une crise d'épilepsie généralisée peu de temps après leur arrivée;
1 est un débile mental;
8 nous ont paru avoir un psychisme particulièrement lent;
1 était porteur de paralysie du facial supérieur;
1 de séquelles importantes d'hémiplégie spasmodique;
2 alléguaient une sciatique.

5° Troubles divers d'origine endocrinienne.

8 cas d'obésité, dont 2 sont pathologiques. Les 6 autres sont à la limite du physiologique et peuvent être classés parmi les Pignet fortement négatifs.

Plusieurs examens d'urine ont éliminé 5 glycosuriques.

Stigmates de rachitisme chez 13 marins, dont 7 pour les seuls quartiers de Guilvinec et d'Audierne.

Un goitre simple à Nantes.

Un hypothyroïdien hypogénital à Audierne (réformé).
Un adiposo-génital à Saint-Nazaire.

6° Syndromes ulcéreux.

6 syndromes ulcéreux, dont 2 ont fait une perforation.

Les affections chirurgicales chez les incorporés.

1° Lésions du rachis.

a) *Courbures anormales minimes.*

Cyphoses : Nous en relevons 30 cas, dont 23 répartis entre *Brest et Saint-Nazaire*. Ces déformations rachidiennes ne sont pas incompatibles avec le service : ceux des marins qui se trouvaient à la limite du cas pathologique ont été classés dans le service auxiliaire.

Scolioses : Nous avons compté 32 porteurs de petite scoliose et 34 autres avec scapulæ alatæ. Répartition géographique analogue au cas précédent. Le pourcentage moyen est 2,6 % du total.

Lordose ou ensellure lombaire : 4 cas à Guilvinec, 1 à Concarneau, 1 aux Sables-d'Olonne et 1 à Tréguier.

b) *Courbures rachidiennes importantes et angulations.*

Cyphoses : 3 cas : 1 à Douarnenez, 1 à Lorient, 1 à Bayonne.

Gibbosité : 12 gibbeux, porteurs également de déformations thoraciques très importantes, soit 0,47 %. L'étiologie bacillaire est certaine dans 4 cas.

Scolioses : 4 cas, dont 2 à Vannes.

Mal de Pott :

Cervical : 1 cas à Lorient; 1 cas à Oléron;

Dorsal : 1 cas à Douarnenez, avec greffe d'Albee; 1 cas à Lorient;

Lombaire : 1 cas à Lorient avec greffe d'Albee; 1 cas à Auray; 1 cas à Marennes.

Le quartier de Lorient a donc produit 3 localisations anatomiques du mal de Pott sur les 7 pottiques.

c) *Spondylite* :

1 cas à Bordeaux.

2° Lésions osseuses diverses et lésions articulaires.

Ostéomyélite : 4 sujets porteurs de délabrements osseux importants.

Séquelles de fractures : Les plus fréquentes sont les *ankyloses* :

Au niveau du *coude* : 6 cas dans chacun des quartiers suivants : Audierne, Douarnenez, Concarneau, Lorient, La Rochelle, Marennes;

Au niveau des *doigts de la main* : 3 cas (Camaret, Audierne, Lorient);

Au niveau du *genou* : 1 cas aux Sables-d'Olonne;

Au niveau du *cou-de-pied* : 3 cas, dont 1 cas à Douarnenez, 1 cas à Audierne, 1 cas à Marennes.

Raccourcissement d'un membre inférieur fracturé : 3 cas, dont 2 à Bordeaux, 1 à Vannes.

Angulation et limitation de la pro-supination : 1 cas à Lorient.

Diastasis du cou-de-pied après fracture de Dupuytren : 2 cas, dont 1 à Lorient, 1 à Bordeaux.

Cals exubérants du tibia : 3 cas (Guilvinec, Vannes, Marennes).

Amyotrophie importante :

— De la jambe : 1 cas à Brest avec steppage;

— De l'épaule et du bras : 1 cas à Saint-Malo.

Quelques cas de fractures plus spéciales ayant entraîné des séquelles anatomiques ou fonctionnelles :

Fracture du crâne :

1 cas aux Sables-d'Olonne avec enfoncement de la table interne;

5 cas de traumatismes crâniens anciens avec syndrome subjectif résiduel (Brest, Guilvinec, Auray, Sables-d'Olonne, La Rochelle).

Fracture du maxillaire supérieur avec enfoncement important du relief facial : pas de troubles fonctionnels : Concarneau.

Enfin, **2 cas** de fractures rares, bien consolidées, sans séquelles :

Fracture de la colonne lombaire (greffe d'Albee) : 1 cas à Lorient.

Fracture du bassin : 1 cas à Auray.

Deux marins (Brest et Bordeaux) avaient subi une *astragalectomie*.

Séquelles de tumeur blanche avec *ankylose* de l'article :

Genou : 2 cas à Auray;

Pied : 1 cas aux Sables-d'Olonne;

Epaule : 1 cas à Douarnenez (avec résection de la tête humérale).

Luxation récidivante :

Hanche : 3 cas (Auray, Sables-d'Olonne, Douarnenez);

Genou : 1 cas (Marennes);

Epaule : 1 cas (Marennes).

Blocage méniscal : **3 cas** (Brest, Douarnenez, Guilvinec).

Hydarthrose chronique : 7 cas (originaires des Q. I. M. situés au sud d'Auray).

Maladie de Dupuytren (au début) : **7 cas.**

Remarque. — Nous avons relevé **17 cas** de malformations au niveau des doigts des mains (surtout l'auriculaire) qui ne semblent pas être des amorces de maladie de Dupuytren, mais bien plutôt des déformations de type professionnel : il s'agit d'une flexion permanente, plus ou moins accusée, des phalangettes, due vraisemblablement à une rétraction aponévrotique.

Coxarthrite : 2 cas, dont 1 à Vannes, 1 à Concarneau.

Coxalgie unilatérale : 1 cas à Vannes.

Coxa-vara : 1 cas à Auray, opéré sans succès.

Déformation thoracique assez marquée :

Aplatissement généralisé : 2 cas (Sables-d'Olonne, Oléron);

Assymétrie des hémithorax, avec bombement de l'un d'eux (étiologie pleurale exceptée); pas de déformation rachidienne associée : 7 cas.

Pour terminer le chapitre des lésions osseuses, nous signalerons :

1 cas de tumeur bénigne de l'index à Auray;

1 cas de rétrécissement pelvien très marqué à Morlaix;

1 cas de tassement du rachis dorsal avec spondylolisthésis et sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire à Concarneau.

3° Anomalies et malformations.

a) *Pieds plats.*

Ce sont les malformations que l'on rencontre le plus fréquemment. Bien tolérées le plus souvent, leur constatation entraîne cependant l'exclusion de la spécialité de fusilier marin.

Les sujets porteurs de pieds plats atteignent le nombre de 212, soit une proportion de 8,4 %.

En fait, sur ces 212 marins :

89 seulement, soit 3,5 %, ont des pieds plats avérés;

123, le reste, soit 4,8 %, n'ont que des ébauches de pieds plats.

b) *Voûte palatine ogivale.*

7 sujets.

c) *Hypospadias.*

4 recrutés en sont porteurs à des degrés variables. Le plus

marqué est un hypospadias pénien dont l'ouverture du canal urétral se fait à demi-longueur de la verge; **1 cas d'épispadias** à Audierne.

d) *Phymosis.*

Non opéré : 6 cas.
Opéré : 7 cas, dont 2 à La Rochelle.

e) *Mamelon surnuméraire.*

Unique : 7 cas.
Une recrue en présente 2 paires.

f) *Malformations de type professionnel* (dues au port des sabots).

Callus du cou-de-pied : **20 sujets**, soit 0,7 % (dont 13 cas à Audierne, Guilvinec, Concarneau).
Hallus valgus : **13 cas**, soit 0,5 %.
Chevauchement de certains orteils : **21 cas**, soit 0,8 %.

g) *Malformations congénitales.*

Genu valgum : 6 cas.
Genu varum : 4 cas.
Disproportion entre la longueur des membres supérieurs et celle des membres inférieurs (allure anthropoïde) : **2 cas à Guilvinec.**
Membres très courts par rapport au thorax : 1 cas à Audierne.
Pied bot congénital : 2 cas (Concarneau et Saint-Nazaire), service auxiliaire.
Pied creux congénital : 1 cas (Sables-d'Olonne), service auxiliaire.
Amyotrophie importante :
Scapulo-brachiale : **2 cas à Audierne** et **1 à Brest** : réformé.
Jambière : **1 cas à Audierne**, réformé.
Becs de lièvre : **2 cas**, dont l'un, non opéré, intéressait toute la voûte palatine (Brest), réformé.

b) *Quelques anomalies isolées.*

Tibia en lame de sabre : 1 cas à La Rochelle.

Dent d'Hutchinson : 1 cas à Bayonne.

Ensellure nasale : 2 cas (Brest et Douarnenez).

Orteil supplémentaire : 1 cas à Saint-Malo.

Orteils palmés : 1 cas à Concarneau.

Gynécomastie très importante ayant entraîné la réforme : 1 cas à Lorient.

Microdactylie : 1 cas à Douarnenez.

Rachis en rectitude sur toute sa longueur : 1 cas à Audierne.

Inversion des organes : 1 cas à Lorient (nous l'avons déjà signalé).

4° Appendicites. Hernies.

a) *Appendicites.*

113 cas, dont 2 n'ont pas été opérés. Le pourcentage est **4,4 %**.

Les régions qui donnent les plus forts pourcentages sont les quartiers de : Douarnenez, 9 %; Nantes, 8 %; La Rochelle, 13,2 %.

Aucun cas à Bordeaux.

b) *Hernies.*

Les hernies inguinales sont dans la proportion de 4 pour 1 hernie scrotale.

Nous avons relevé au total :

58 hernies unilatérales, dont 34 ont été opérées avec succès;

4 hernies bilatérales, dont 3 ont été opérées avec succès;

8 hernies récidivantes après cure radicale;

19 pointes de hernie,

Soit **99 cas** de hernies, qui représentent **3,5 %**.

Le canal inguinal externe de 113 sujets était élargi et pouvait être considéré comme une menace de hernie.

3° Lésions génitales.

a) *Epididyme.*

Epaissie dans **8 cas.**
Indurée dans **20 cas.**
Kyste dans **12 cas.**

b) *Testicule et vaginale.*

Hypertrophie physiologique : **3 cas.**
1 à Guilvinec.
1 à Camaret.
1 à Paimpol.

Atrophie :
Unilatérale : **29 cas.**
Bilatérale : **12 cas.** Nous n'avons pas retrouvé, sur ces 12 cas, de sujets ayant une insuffisance hormonale. Il serait alors plus exact de dire que nous avons relevé 12 cas de micro-orchidie bilatérale.

Ectopie non opérée :
Unilatérale : **14 cas.**

Ectopie opérée :
Unilatérale : **9 cas.**
Bilatérale : 5 cas, dont 3 interventions sur des testicules atrophiés.

Hydrocèle : **13 sujets**, sur lesquels 9 ont subi une intervention.

Orchidectomie unilatérale : 1 cas à Guilvinec.

Orchiépididymite suspecte avec hydrocèle symptomatique : **5 cas**, réformés.
1 à Douarnenez (syphilis suspecte).
1 à Guilvinec (tuberculose suspecte).
1 à Concarneau (tuberculose suspecte).
1 à Nantes (tuberculose suspecte).
1 au Sables-d'Olonne (tuberculose suspecte).

A Marennes, un sujet montre une persistance du canal vagino-péritonéal sans hernie.

c) *Paquet vasculo-spermatique :*

29 sujets avaient un paquet vasculo-spermatique augmenté de volume. Nous n'avons pas trouvé de funiculite dans aucun cas. Il s'agit d'une amorce de varicocèle.

d) *Varicocèle.*

Du côté gauche : Nous avons trouvé **128 sujets** porteurs de varicocèle dont l'importance est variable. Le pourcentage est 5 %.

Du côté droit : 3 cas seulement.

Des deux côtés : 1 cas.

6° Varices du membre inférieur.

Varices localisées (pas de gêne fonctionnelle dans l'orthostatisme ou pendant la marche) : **61 cas** ; quelques-uns d'entre eux ont été exclus de la spécialité de fusilier.

Varices généralisées (gêne fonctionnelle plus ou moins marquée) : **30 cas.** L'épreuve de Delbet a été faite pour chacun d'eux, qui a permis de réduire à 3 le nombre des réformés. Les autres ont été classés dans le service auxiliaire.

Les affections oto-rhino-laryngologiques.

Otite moyenne aiguë : **53 cas**, soit **2** % à répartition géographique uniforme.

Otite chronique : **25 cas**, soit **1** % environ.

Otorrhée chronique :

Sans perforation : **8 cas.**

Avec perforation : **22 cas**, classés dans le service auxiliaire ou dans le service armé à terre, suivant l'importance de la lésion.

Perforation sèche (séquelle d'otite aiguë) : **9 cas.**

Mastoïdite :

Sans complications : **16 cas.**

Avec troubles d'origine labyrinthique : **3 cas** (Lorient, La Rochelle, Marennes).

Otospongiose : **4 cas**, classés dans le service auxiliaire.

Ozène : **1 cas** à Guilvinec, réformé.

Grenouillette : **1 cas** à Paimpol.

Laryngite chronique : **2 cas** (Morlaix et Marennes); le cas de Marennes est la complication d'une trachéotomie faite à l'occasion d'une diphtérie laryngée.

Déviation de cloison nasale avec gêne respiratoire assez importante : **15 cas** de répartition géographique homogène.

Hypertrophie amygdalienne et syndrome adénoïdien : **17 cas**, soit **0,67 %**.

Sinusite : **6 cas.**

Kyste paradentaire de la mâchoire inférieure : **1 cas** à Marennes.

Les affections ophtalmologiques.

Nous avons déjà étudié les résultats concernant *l'acuité visuelle* et le *daltonisme*.

D'autres facteurs de diminution de l'acuité visuelle n'ont pas été étudiés en détail.

Taie cornéenne centrale non améliorable : **16 cas** d'importance variable.

Amblyopie « ex anopsia » : **8 cas.**

Blépharo-conjonctivite chronique : **6 cas.**

Conjonctivite phlycténulaire : **1 cas** à Lorient.

Cataracte :

Congénitale : 1 cas à Lorient, opéré.

Traumatique :

1 cas à Auray, avec iridosynclisis;

1 cas à Audierne, avec aphakie complète.

Leucome adhérent avec iridodialyse : **2 cas** (Audierne et Auray).

Lésion de chorio-rétinite maculaire, non améliorable, évolutive : **3 cas**, réformés :

1 à Auray;

1 à Guilvinec;

1 à Audierne.

Lésions atrophiques post-traumatiques : cas de réforme.

Nerf optique atrophié : 3 cas.

1 à Concarneau;

1 à Brest;

1 à Lorient.

Lésion pigmento-atrophique avec scotome paracentral : 1 cas, à Guilvinec.

Enucléation traumatique d'un œil, cas de réforme : 3 cas :

1 à Lorient;

1 à Concarneau (avec daltonisme de l'œil sain);

1 à Vannes.

Nystagmus permanent : 1 cas à Audierne.

Héméralopie : 1 cas très intéressant d'héméralopie à Lorient. Une enquête familiale a révélé chez la sœur du recruté des troubles analogues avec des lésions de rétinite pigmentaire.

Strabisme convergent : 13 cas.

Strabisme divergent : 1 cas.

Les affections dermatologiques.

Les plus importantes par leur nombre sont les *hyperdroses palmo-plantaires*. Nous en avons relevé 37 cas, avec une fréquence particulière en Bretagne.

Eczéma : 8 cas, répartis uniformément sur tout le littoral.

Mycose : 1 cas aux Sables-d'Olonne.

Acrocyanose : 1 cas à Audierne.

Urticaire et asthme : 1 cas à Nantes.

Alopécie : 3 cas, dont l'un à Auray a été réformé parce que manifestant un psychisme particulièrement ralenti.

Psoriasis : 5 cas (Audierne, Guilvinec, Concarneau, Lorient, Auray).

La répartition des familles nombreuses sur la côte.

Nous ne terminerons pas cette énumération sans parler des résultats qui concernent les familles nombreuses et leur répartition sur la côte.

Nous les avons classées en trois catégories :

Familles nombreuses, de 3 à 6 enfants;
Familles nombreuses, de 7 à 10 enfants;
Familles très nombreuses, de plus de 11 enfants.

1° *Familles de 3 à 6 enfants.*

Leur nombre est élevé : **1.196**, soit **47,25** %.

La proportion est, en général, plus importante en Bretagne, sauf à Douarnenez (29 %).

Dans les quartiers de Paimpol, Guilvinec, Concarneau, Lorient, Vannes, Sables-d'Olonne, Marennes, le pourcentage est élevé. Le maximum est atteint à *Concarneau* avec **56** %.

2° *Familles de 7 à 10 enfants.*

Nous en avons compté **227**, soit **8,9** %.

De beaux pourcentages sont enregistrés à Auray, Vannes et Bayonne, respectivement avec 15,6 %, 14,3 % et 16,3 %.

A Oléron, nous n'en avons relevé aucune.

3° *Familles de plus de 11 enfants.*

27 familles dont la répartition est à peu près homogène; cependant, les quartiers de Guilvinec, de Concarneau et des Sables-d'Olonne, totalisent à eux seuls le nombre de 11 familles très nombreuses.

Nous avons groupé les recrutés porteurs de plusieurs affections ou de plusieurs tares, dont une seule pouvait entraîner leur classement dans l'une ou l'autre catégorie, mais qui ont été classés, le plus souvent, d'après l'association de ces multiples tares. Nous avons relevé **44** de ces « musées pathologiques » qui représentent **2** % environ du total incorporé. Leur répartition géographique est curieuse. Nous livrons les résultats en entier.

Région bretonne : Brest, 0 %; Douarnenez, 1,3 %; Audierne, 0 %; Guilvinec, 1,4 %; Concarneau,

0,8 %; Lorient, 2,3 %; Auray, 1,8 %; Vannes; 2,2 %.

Région située au sud de la Vilaine : Saint-Nazaire, 0 %; Nantes, 3,2 %; Sables-d'Olonne, 4 %; La Rochelle, 6,8 %; Oléron, 3,1 %; Marennes, 5,5 %; Bordeaux, 5,6 %; Arcachon et Bayonne, 0 %.

Nous avons souligné les pourcentages les plus élevés : ils sont répartis dans une même région située entre les quartiers de Nantes et de Bordeaux, avec maximum à La Rochelle.

CONCLUSIONS

Le présent travail, qui résume les techniques et les résultats de l'incorporation récente de 2.530 marins du littoral atlantique, nous permet de conclure à l'urgente nécessité de réaliser une liaison efficace entre les organismes médicaux de la Marine marchande et de la Marine de guerre. Dans le domaine technique, nous avons montré l'intérêt des « grilles sélectives » pour le classement objectif des marins par aptitude à telle ou telle spécialité. Il nous a paru certain que l'indice de Pignet n'était pas un critère absolu pour éliminer un sujet. Le test d'Ishi-Hara, trop rigoureux, doit, à notre avis, céder le pas à l'appareil de Le Méhauté-Guérin, dont la vulgarisation n'est qu'amorcée.

Les résultats, extraits des tableaux statistiques et des graphiques, dessinent une évolution manifeste des qualités ou des tares des marins incorporés. La Bretagne, premier pourvoyeur d'équipages par le nombre, ne donne malheureusement pas les individus les moins tarés. Il semble, au contraire, que les qualités physiques des marins s'améliorent progressivement en descendant vers le sud, exception faite pour les régions maritimes voisines des grandes villes (Bordeaux, La Rochelle). L'île d'Oléron, qui constitue à elle seule un petit quartier maritime, nous offre l'exemple d'une région où les sujets sont relativement mieux constitués et moins tarés qu'ailleurs. Les régions de l'extrême sud du littoral atlantique, la région landaise et arcachonnaise en particulier, qui jouit de conditions géographiques et climatériques spéciales, fournit un contingent maritime qualitativement supérieur au reste. Nous avons montré également les inégalités qui existent d'une classe incorporée à l'autre, et

nous avons retenu la raison principale de ce fait, qui est la conséquence d'une déportation massive en Allemagne.

En l'absence d'une documentation plus fouillée que les circonstances et le temps ne nous ont pas permis d'établir, nous n'avons pas pu nous attaquer à la cause de ces réelles différences. Nous avons interprété les résultats, nous ne les avons pas expliqués.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
M. CREYX.

Vu : *Le Doyen,*
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 25 février 1946.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

Dépôt légal effectué en 1946 (1er trimestre).

22803 — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1946.